A Obregon (2)

Facultad de Medicina de México

LA CIRCUNCISIÓN

COMO

MEDIO PROFILÁCTICO DE LA SÍFILIS

TESIS INAUGURAL

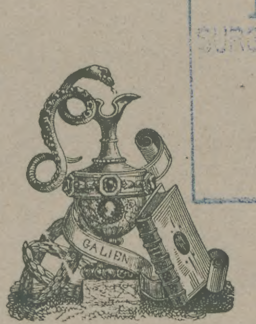
QUE

PARA EL EXAMEN DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

LAURO OBREGON

Alumno
de la Escuela Nacional de Medicina, de la Escuela Nacional Preparatoria
y miembro de la Sociedad Filoiátrica.



MÉXICO
IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON
Calle de Lerdo número 3
1887

Sr. Dr. José Ma. Bandera

Al inteligente maestro,
al distinguido amigo, está
manifestacion del cariño ver-
dadero, de su discípulo

Lauro Obregon

Mayo 7/87

MEDIO PROFILÁCTICO DE LA SÍFILIS

TESIS INAUGURAL

DE

LAURO OBREGON

Facultad de Medicina de México

LA CIRCUNCISIÓN
COMO
MEDIO PROFILÁCTICO DE LA SÍFILIS

TESIS INAUGURAL

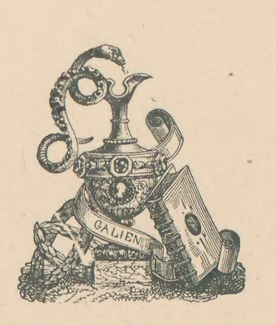
QUE

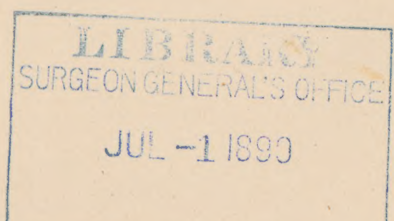
PARA EL EXAMEN DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

LAURO OBREGON

Alumno
de la Escuela Nacional de Medicina, de la Escuela Nacional Preparatoria
y miembro de la Sociedad Filoiátrica.





MÉXICO
IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON
Calle de Lerdo número 3

1887

A LA SAGRADA MEMORIA

DE

MI ADORADA MADRE

A MI ADORADO PADRE

AL

ILUSTRE CUERPO DE PROFESORES

DE LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

I

El origen de la circuncisión se confunde con los tiempos más remotos, como lo acreditan el Génesis, los libros de los Profetas, el Thalmud y los libros griegos y romanos. Los cronologistas de la Biblia nos dicen que Abraham instituyó la circuncisión el año del mundo 2059, mil novecientos cuarenta y un años antes de la éra cristiana.

Diversas opiniones se han emitido sobre el origen israelita ó egipcio de la circuncisión; pero nos parece fuera de duda que pertenece la prioridad á los judíos, atendiendo á las poderosas razones que presenta Jaccoud, y son que los monumentos egipcios no hacen mención alguna de la circuncisión, y que los escritos de Herodoto, en los cuales se apoyan los partidarios del origen egipcio, son mil cuatrocientos años posteriores á los de Abraham y novecientos á los de Moisés. Por tanto, creemos que se puede sentar, como lo hace Jaccoud, que el origen de la circuncisión pertenece al pueblo ju-

dío, y que de él se trasmitió á los egipcios, asirios, persas, etc.

Abraham estableció la circuncisión como precepto religioso y como una señal indeleble de su raza; se circuncidó él mismo á una edad avanzada, y desde entonces la circuncisión ha sido para los judíos lo que el bautismo para los cristianos.

La circuncisión, no obstante el cautiverio de los israelitas en Egipto, de su larga permanencia en el desierto, de la dominación romana, de los edictos y persecuciones de que ha sido objeto, ha resistido á la acción destructora de los siglos y se conserva hasta nuestros dias por el pueblo de Israel, el cual la practica dándole la misma significación que en aquellos tiempos, como precepto religioso y como signo distintivo de su pueblo.

Jesucristo fué circuncidado á los ocho dias de su nacimiento; pero tanto él como sus discípulos abandonaron esta práctica, que al ir pasando de generación en generación y de pueblo á pueblo, recibió modificaciones de las que ha dependido la pérdida completa de sus caracteres.

Los judíos practican la circuncisión á los ocho dias del nacimiento, y sólo por una debilidad excesiva puede retardarse este plazo. Los musulmanes la verifican entre los once y trece años, siendo para ellos una necesidad social é higiénica, pues como precepto religioso no les obliga, supuesto que

Mahoma parece desecharla. El pueblo judaico es el único que ha conservado la circuncisión con su primitivo carácter; en los demás pueblos en los que se encuentra admitida, su uso está fundado únicamente en una medida de higiene y limpieza.

II

El pene, órgano de la copulación, lleva la esperma al cuello uterino; cilíndrico y aplanado de delante hacia atrás, se le consideran para su estudio dos caras, dos bordes y dos extremidades.

La cara superior ó dorsal del pene es casi plana, inclinándose hacia adelante en el estado de flaxidez y hacia atrás en el de erección, encontrándose su parte media surcada por las venas tegumentarias. La cara posterior mira hacia atrás, y en ella se encuentra una saliente mediana que es la uretra, más aparente en estado de erección, y dando al pene una forma prismática de ángulos curvilíneos y un rafe mediano, que es la continuación del escrotal.

La extremidad anterior se denomina glande y afecta la forma de un cono ligeramente aplanado de delante hacia atrás, encontrándose en su vértice el meato urinario, y apareciendo su base corta-

da oblícuamente de arriba á abajo y de atrás hacia adelante; abraza la extremidad anterior de los cuerpos cavernosos, de los cuales sobresale formando un borde arredondado que se llama corona del glande, y detrás de la que se encuentra el surco balano-prepucial, que es oval; en este punto se refleja la mucosa del prepucio sobre el glande.

Las cubiertas del pene son cuatro, siendo las tres más superficiales la cutánea, la muscular y la celular, que cubren el pene y forman el prepucio; la fibrosa que es la más profunda, cubre solamente el cuerpo del pene. Esta capa es delgada y trasparente, constituida en su mayor parte por fibras elásticas que se unen con el ligamento suspensor del pene y la aponeurosis superficial del perineo, terminándose adelante alrededor de la corona del glande.

Cubierta cutánea: La envoltura cutánea del pene es fina, pigmentada, elástica y movediza, variando según el lugar donde se estudie; en la raíz participa de los caracteres de la piel de las regiones vecinas; en la parte superior é inmediatamente abajo de ella, se encuentra una capa adipossa, prolongación de la que hay en la región puviana; la cara inferior participa de los caracteres del escroto por la prolongación del rafe, por su constitución y por su coloración. En el dermis de esta cubierta no se encuentra vestigio alguno de fibra

muscular, estando constituido solamente por numerosas fibras elásticas y tejido conjuntivo, conteniendo en toda su extensión folículos cebáceos y glándulas sudoríparas abundantes y voluminosas. La piel, mientras más próxima al prepucio, más fina es, la capa adiposa desaparece y la movilidad es mayor.

La cubierta cutánea, algunas veces, aunque raras, termina al llegar á la base del glande, continuando directamente la mucosa de éste y sin formar repliegue alguno, como si se hubiese verificado la circuncisión; otras veces, y es lo general, avanza más ó menos sobre el glande cubriendo la mitad de él, los dos tercios, su totalidad, ó sobresaliendo más ó menos. A excepción del primer caso, en todos los demás la cubierta cutánea forma en su extremo el orificio ó limbo prepucial de diámetro muy variable, y toma en su interior los caracteres de una mucosa que llega al fondo del saco balano–prepucial, monta la corona del glande y forra á éste con mucosa finísima y de un color rosado.

Cubierta muscular: Tiene la misma extensión que la precedente sobre el pene y colocada inmediatamente abajo de ella; comienza en la parte superior de él sobre la inserción del ligamento suspensor y abajo es continuación directa del dartos; al llegar al orificio del prepucio forma el esfínter

prepucial, y después se refleja sobre sí misma y va á insertarse sobre la base del glande. Las fibras de este músculo son lisas, de dirección circular y cruzadas la mayor parte en ángulos agudos; estos hacecillos ó fibras musculares nacen de la capa profunda del dermis y terminan en el rafe del pene. Al llegar la capa muscular al esfínter prepucial, lo mismo que la cubierta cutánea, se duplica, siendo la una externa más gruesa y adherente á la piel, y la otra interna más delgada y adherente á la mucosa. Al nivel del limbo prepucial las dos capas se unen y forman el esfínter del prepucio, los hacecillos musculares de éste se insertan en la ranura que se encuentra en la parte póstero-inferior del glande, formando por su reunión un repliegue triangular cubierto por la mucosa del prepucio, y ésto es lo que constituye el frenillo.

Cubierta celulosa: Inmediatamente abajo de la capa precedente se encuentra esta cubierta, formada especialmente de tejido celular flojo, y un gran número de fibras elásticas, encontrándose en ella los vasos que vienen de las capas vecinas. Esta capa se prolonga como las anteriores, hasta el esfínter prepucial, se dobla y sube á la base del glande para terminar, formando igualmente en su parte inferior dos capas, que se confunden cuando el prepucio está sobre el glande y se separan cuando se retira hacia atrás. A esta cubierta celulosa se

debe la gran movilidad de las cubiertas del pene, y es en ella donde se hacen las infiltraciones de serosidad y de los líquidos derramados á su derredor.

En resumen: el prepucio está formado por las tres capas precedentes, duplicadas por su reflexión en el limbo prepucial hacia la base del glande. En algunas personas cubre la totalidad de él y aun lo desborda, y en otros es rudimentario ó lo cubre más ó menos, variando el esfínter desde la obturación completa, hasta ser bastante amplio para permitir la salida al glande sin dificultad. El prepucio no tiene las mismas dimensiones en todas sus partes, pues en la cara dorsal es más largo, y se acorta más y más hasta llegar al frenillo. Antes de la pubertad el prepucio es generalmente largo y ancho, después el volumen del glande es superior á la capacidad prepucial. En cuanto al frenillo, se forma por las fibras de la capa musculosa, y tiene una forma triangular cuya base está dirigida hacia la raíz del pene y el vértice hacia adelante, insertándose á ocho ó diez milímetros atrás del meato urinario.

El acortamiento del frenillo hace el coito doloroso y su restiramiento produce desgarraduras. La capa cutánea correspondiente al prepucio se encuentra cubierta por una epidermis delgada, y la mucosa por un epitelio finísimo, existiendo en ésta numerosas glándulas llamadas de Tyson, que

secretan el esmegma prepucialis y que ocupan una línea circular paralela á la corona, y distante de ella dos ó tres milímetros.

Vasos de las cubiertas del pene: Las arterias vienen de las pudendas externas, de la perineal inferior y de la dorsal del pene.

Las venas toman su origen en la piel y en la capa muscular, y los vasos linfáticos siguen el trayecto de las venas dorsales superficiales, y se terminan en los ganglios de la ingle.

III

La sífilis carece al menos actualmente de génesis espontánea. Procede siempre de un contagio, de una inoculación, de la penetración material de una sustancia virulenta especial en el organismo. —1ª ley de Fournier.

El primer fenómeno apreciable del contagio ó de la introducción artificial de la materia virulenta en el organismo, se manifiesta siempre en el mismo lugar donde ha penetrado, y no en otro.—2ª ley de Fournier.

Ricord dice que la sífilis nunca penetra en la economía sin desgarradura (sans effraction), que no invade el organismo sin hacer su agujero (sans

trou) en alguna parte, y siempre tiene una puerta de entrada. Esta es el accidente de contagio, que precede á todos los otros con un intervalo de tiempo más ó menos largo, y que puede decirse que constituye el exordio indispensable á la enfermedad.

Para que el contagio se produzca es necesario y suficiente: 1º La presencia de un virus sifilítico activo. 2º Que exista una solución de continuidad de cualquiera naturaleza que ponga á descubierto la red de Malpighi, ó los orígenes del sistema linfático. 3º Que el individuo se encuentre en condiciones de receptividad; y 4º Que el principio virulento se ponga en contacto de las partes susceptibles de absorberle ó de reaccionar en su presencia, es decir, con los cuerpos mucosos ó con los orígenes del sistema linfático.

En el hombre el pene es el lugar por donde se verifica en el mayor número de casos el contagio sifilítico, y eso se observa en los enfermos de las secciones de sífilis de los hospitales de San Andrés y San Lucas, en los cuales rara vez se encuentra el chancro ó primera manifestación de la enfermedad fuera del pene.

Algunos facultativos extranjeros que se han ocupado de esta materia, nos presentan estadísticas que ponen fuera de duda lo que acabamos de decir.

Clerc y Carrier han encontrado sobre un total

de 238 chancros, que 178 estaban situados en los órganos genitales, 19 en el ano y 41 en diversos puntos lejanos de los órganos sexuales. Fournier cree, según sus notas, que se observan cuando menos seis chancros de las partes genitales por uno situado fuera de ellas. En cien enfermos (hombres) afectados de chancros, se encuentran noventa y cuatro cuando menos que llevan sus chancros en las partes genitales.

Clerc, sifilógrafo francés, y Tanturrí, médico de Nápoles, han recogido las observaciones de 442 chancros infectantes del pene, situados de la manera siguiente:

En el prepucio y mucosa prepucial..............	79
En el limbo prepucial..........................	38
En el frenillo.................................	14
En el surco de la corona.......................	177
En el glande...................................	16
En el meato....................................	33
En la piel del pene............................	65

Se vé pues, que en el prepucio se encontraban poco menos de la tercera parte, y que en el prepucio y cavidad balano–prepucial existían 357, y los 65 restantes en el cuerpo del pene.

Fournier ha encontrado en 445 chancros infectantes y no infectantes del pene:

En el prepucio, dentro y fuera de él.............	374
Más allá del prepucio...........................	71

Un resumen de las estadísticas de Bassereau,

Fournier y Le Fort, forma el conjunto de 1,773 casos, indicándose la frecuencia relativa del chancro sifilítico en las diversas regiones del hombre, de la siguiente manera:

Chancros de las partes genitales	1,696
„ „ regiones peri-genitales	22
„ „ „ extra-genitales	55

Conociéndose con mayor exactitud el sitio de los chancros de las partes genitales, del siguiente modo:

Prepucio y glande	1,343
Forro del pene	217
Meato	89
Uretra	17
Escroto	20
Base del pene	10
Total	1,696

Habiendo mencionado ya cuales son los factores indispensables para la transmisión de la sífilis, y demostrado por la experiencia y observación cual es el lugar por donde penetra en el mayor número de casos el principio morboso al organismo, réstanos, para terminar este capítulo, demostrar que podemos suprimir casi siempre uno de los factores mencionados, y por lo mismo, que el artificio de que dispongamos para hacerlo es un medio preventivo, profiláctico por excelencia contra la infección sifilítica.

Ese medio del dominio quirúrgico es la circuncisión, que sirve de llave para mantener cerradas las puertas al virus infeccioso.

Supongamos que la mujer con quien un individuo practica el coito se encuentre con algún accidente por el cual pueda trasmitirse la sífilis, y que dicho individuo esté en condiciones de receptividad.

La absorción y adquisición del principio virulento de la sífilis se efectúa en el momento del coito: 1º Cuando previamente existe una escoriación ó desgarradura, ó se produce en ese momento, poniéndose en contacto con el virus, que encuentra un terreno fértil para desarrollarse. 2º Cuando el producto morboso se deposita sobre los órganos genitales y se absorbe más tarde.

En el primer caso, cuando existía antes del coito una escoriación ó solución de continuidad cualquiera, debe evitarse todo acto sexual sospechoso, para no exponerse al contagio con el mayor número de probabilidades.

Aparte de las desgarraduras accidentales que pueden existir antes del coito, es necesario enumerar algunos estados patológicos que motivan escoriaciones, y que además de ser muy frecuentes, son determinados por la presencia del prepucio y de los líquidos irritantes que éste conserva, y que tienen siempre abiertas las puertas á la infección

sifilítica; tales son: el herpes genital y la balano postitis.

Estudiando las circunstancias que influyen para la producción de desgarraduras del glande y del prepucio en el momento del coito, se observa que un prepucio largo ó no, pero que tiene casi siempre cubierto el glande, es causa de que sus mucosas sean finísimas, y se desgarren con la mayor facilidad en los frotamientos que en el coito se verifican.

En los estrechamientos del limbo prepucial, desde el más ligero hasta aquel que impida descubrir el glande, se producen desgarraduras, pues el limbo prepucial cubierto de una mucosa finísima es adelgazado, y no puede resistir á la dilatación que produce el glande cuando tiende á salir.

La desgarradura del frenillo es muy frecuente en los primeros coitos, por no tener la solidez necesaria para resistir á las tracciones que sobre él se hacen cuando desliza el prepucio sobre el cuerpo del pene. En el segundo caso el virus queda depositado en la cavidad balano-prepucial, ya por el abandono excesivo de los cuidados de limpieza que deben tenerse después del coito, ó bien á consecuencia de un prepucio largo y estrecho, ó á los repliegues que forma, los cuales impiden que se haga un aseo completo. El virus permanece algún tiempo en contacto con una mucosa fina y

pulida sin ser absorbido (dada la integridad que suponemos de la capa mucoso–cutánea); pero debido á las propiedades irritantes de que está dotado, produce una ulceración, ó lo hace el esmegma prepucialis que al descomponerse participa también de aquellas: por consiguiente, resulta, como en el primer caso, una puerta de entrada en contacto con el principio morboso y se verifica la inoculación. De lo dicho resulta que el contagio sifilítico puede tener lugar en el acto del coito ó consecutivamente.

IV

Vamos ahora á estudiar las condiciones en que queda el pene de los individuos que se circuncidan, para observar si en tal situación es ó no posible el contagio, ó al menos es muy difícil que se verifique.

La circuncisión (*circuncisio*, de *circum* alrededor, y *cœdere* cortar) es la operación que consiste en cortar el prepucio al rededor del glande.

La circuncisión tiene por efecto descubrir el glande y fortificar la mucosa, factores importantísimos de la profilaxia venérea. El facultativo Martin enseña que cuando un cuerpo está protegido

por una cubierta, la superficie de él es más delicada, más susceptible de erodarse y más apta para la absorción; la mucosa del prepucio predispone pues á la del glande á la erosión, á la absorción, y aun la facilitará; de donde resulta naturalmente que el glande del hombre no circuncidado se desgarra con más facilidad que el de quien ha sido ya operado. El prepucio, en el primer caso, es para la mucosa una causa de reblandecimiento á consecuencia del continuo calor que desarrolla sobre la parte que cubre, y la secreción cebácea que favorece; en el segundo caso sucede al contrario: la ausencia del prepucio es para la misma mucosa una causa de resistencia, porque con él desaparece el calor y la secreción; mientras que el frotamiento de los vestidos sobre la superficie del glande la endurece al grado de tomar los caracteres de la piel, y por lo mismo la hace mucho menos á propósito para la contaminación.

La capa córnea de la epidermis forma cuando se encuentra intacta, una barrera suficiente que se opone completamente á la absorción; el epitelio de las mucosas representa el mismo papel de protección, pero con menos eficacia, en razón de su menor resistencia. La más pequeña solución de continuidad puede dar acceso al contagio.

Sin duda la fragilidad de la mucosa es la que contribuye á que se desarrolle sobre ella el chan-

cro; atendiendo á que siendo el cuerpo del pene en el momento del coito el que se pone en contacto con el virus sifilítico (debido á que el sitio habitual del chancro en la mujer es la entrada de la vagina), debería por lo mismo encontrarse el primer accidente de la infección sobre el cuerpo del pene, cosa rara debida á la resistencia de la piel.

Siendo la mucosa del prepucio el lugar en donde se presentan en una tercera parte las ulceraciones chancrosas, como queda dicho y como lo evidencían los datos estadísticos presentados, la conveniencia de su supresión no admite duda, puesto que se destruye el terreno más á propósito para la inoculación del virus.

Mireur y Martin enseñan que el prepucio es la cubierta protectora por excelencia del principio contagioso depositado sobre el glande en un coito impuro, conservando el virus para su pronta absorción cuando exista una ulceración que el depósito de materia cebácea produce.

Suprimiendo el prepucio se evita ese depósito de virus, cesando la protección que recibía, observándose en el circuncidado que si la infección no es inmediata, es casi imposible que tenga lugar consecutivamente. No obstante la circuncisión, la mucosa del glande será siempre más frágil que la piel del pene, sin que deje de adquirir gran resis-

tencia, no debiéndose vacilar en practicar operación tan benéfica y que tan ciertos resultados de conveniencia produce.

Las consideraciones expuestas sobre la utilidad de la circuncisión como medio preventivo de la sífilis, no pueden ponerse en duda, supuesto que se fundan en la siguiente verdad: "La infección sifilítica es más fácil cuando el virus se deposita sobre una membrana más delgada."

Ya queda dicho que la circuncisión fortifica la mucosa del glande al grado de transformarla en piel, y por lo mismo se hacen más difíciles las desgarraduras en dicha región. Los individuos circuncidados no pueden padecer balanitis ni herpes genital, supuesto que el esmegma prepucialis ó los líquidos irritantes, que son los que dan origen á estos estados patológicos, no pueden permanecer si no es muy corto tiempo sobre el glande, pues el aseo ó el frotamiento de la ropa es suficiente para mantener limpia dicha región.

Por lo dicho se vé que la circuncisión evita las escoriaciones y desgarraduras que pueden existir antes del coito en los individuos no circuncidados. En el que se ha circuncidado no pueden existir los peligros que tiene el que no lo está, supuesto que con dicha operación se evitan las desgarraduras de la mucosa del glande, debido á la mayor resistencia que adquiere; las desgarraduras del frenillo

y del limbo prepucial son imposibles, supuesto que dejan de existir.

Puede, pues, concluirse que las desgarraduras que se producen en el acto del coito, con tanta facilidad como frecuencia en el individuo no circuncidado, son rarísimas y difíciles de producirse en el que lo está.

La inoculación consecutiva no puede tener lugar en el circuncidado, aun suponiendo que se trate de una persona sucia y negligente que olvide los cuidados de limpieza que deben tenerse, supuesto que el simple frotamiento de la ropa es bastante para mantener limpio el pene. Por lo anterior vemos que la circuncisión previene toda clase de escoriaciones y desgarraduras, y por lo mismo que sirve de llave para cerrar la puerta de entrada á la infección sifilítica, y practicada como medio higiénico y preventivo de ésta, es un recurso supremo para impedirla en el mayor número de casos.

V

Varios son los procedimientos de que se hace uso para practicar la circuncisión. En la antigüedad y observando el procedimiento israelita, el rabino encargado de la operación, después de fric-

cionar el pene con el objeto de hacer más saliente el glande, introduce el prepucio en la ranura de un instrumento en forma de lira, que el Dr. Tarneau compara á la parte hendida de una sonda acanalada. Después se ejecuta la sección por medio de un cuchillo y el operador introduce el pene del niño en su boca, chupando la sangre que escurre de la herida; introduciendo en seguida las uñas de los dos pulgares bajo la mucosa prepucial, la hiende hasta la corona del glande, recortando los colgajos, y con el objeto de hacer la hemostasis coloca sobre la herida polvos de coral. Para terminar la operación hace uso de tres vendas enaceitadas; la primera circular que se coloca en la base del glande; la segunda perforada en el centro, afectando la forma de cruz de Malta, recibe este órgano y se aplica sobre la primera; la tercera conserva el todo en su lugar. La curación se obtiene por término medio en ocho dias.

Procedimiento árabe.—Sentado el paciente con los muslos separados, el operador lleva el prepucio hacia adelante del glande, y allí lo fija por medio de un hilo, que sirve para hacer pasar el prepucio por la abertura de un disco de madera pequeño, que se encuentra perforado circularmente en el centro, quedando oprimido y rechazado el glande. Se llama entonces la atención del niño, y en un solo tiempo se corta el prepucio, ya con

tijeras ó con cuchillo muy cortante, sumergiendo después el pene operado en un huevo fresco, y curando la herida con vendas impregnadas en aceite.

Otro procedimiento árabe consiste en tomar el prepucio entre el pulgar y el índice, estirándolo y procurando no dejar la mucosa hacia atrás. Un ayudante hace un nudo fuertemente adelante del glande, en la base del prepucio, repitiendo lo mismo á poca distancia del primero y adelante de él. Hecho esto, el operador corta con un cuchillo y en un solo tiempo, la parte extrangulada entre los dos nudos, terminando después con la curación antes dicha.

Estos procedimientos tan defectuosos han sido corregidos, y en la actualidad se conocen, y entre otros se ejecutan los que siguen:

Procedimiento de Ricord.—Se divide en tres tiempos: 1º, se lleva el prepucio hacia adelante, se marca con tinta ó con nitrato de plata la línea que debe seguir la incisión; después se deja el prepucio; al trazar la línea se tiene en consideración la mayor ó menor retracción de la piel; así es que, si está atrás ó adelante, se coloca en un punto intermedio al mismo paralelo que la corona del glande.—Segundo tiempo: se toma el prepucio y se lleva adelante de la corona, colocando inmediatamente al nivel indicado una pinza fija, de manera que su borde superior coincida con dicha línea, y

con un bisturí ó mejor con tijeras rectas, se corta sobre la pinza toda la parte de prepucio situado delante de ella.—Tercer tiempo: se corta el resto de la mucosa, y como la piel se retrae, dicha mucosa queda descubierta; se la toma, se introducen las tijeras de delante á atrás para cortarla; después, partiendo de este punto sobre las partes laterales, se cortan los colgajos restantes y queda así terminada la operación; no hay puntos de sutura. Curación simple.

Procedimiento de Vidal (de Casis).—Se traza la misma línea que en el de Ricord; un ayudante lleva suavemente la piel del pene hacia el pubis; otro, provisto de una pinza, la lleva en sentido opuesto y la restira; el operador fija sobre la línea trazada una pinza cuya extremidad está provista de un diente con objeto de fijar todo el espesor del prepucio; después corta toda la piel que está delante de las pinzas fijas; inmediatamente coloca quince ó veinte (serres fines) con objeto de reunir la piel y mucosa; se recomienda al enfermo quietud para impedir el desprendimiento de las (serres fines), que se quitan después de veinticuatro ó treinta y seis horas.

El Sr. Montes de Oca, en su tesis para el profesorado á la cátedra de Clínica externa, Enero 28 de 74, describe su procedimiento de la manera siguiente: El enfermo, previamente cloroformado,

se coloca cerca del borde de la mesa de operaciones ó de una común, á su falta; las piernas son detenidas por ayudantes, separadas la una de la otra y de manera que la pelvis descanse sobre el borde de la mesa; después con una sonda canalada, ó un estilete, se reconoce la altura á que queda el fondo de saco de la mucosa, así como si existen ó no adherencias entre el prepucio y el glande; al hacer este reconocimiento que sirve para fijar el lugar donde debe hacerse la incisión, se puede, para mayor seguridad, marcar con tinta ó con nitrato de plata, como aconseja Ricord en su procedimiento; un ayudante sostiene el pene, de manera que al comenzar la incisión la piel se halle en su situación más natural, es decir, sin hacerla deslizar forzadamente hacia arriba ó hacia abajo; se comienza la operación haciendo con un bisturí recto una incisión que sigue en la piel la dirección exacta de la corona del glande, es decir, que toma una forma elíptica que avanza más hacia la extremidad del pene hacia abajo que hacia arriba, y que termina precisamente á la altura del frenillo (por lo tanto, la incisión no es circular): en esta incisión se corta toda la piel, se divide hasta destruir todas las pequeñas bridas que forma el tejido celular; después se introduce la sonda canalada y se cortan sobre ella con unas tijeras rectas los tegumentos de la parte media y dorsal hasta el fondo

del prepucio; se toma luego uno de los labios de esta herida longitudinal, y con las mismas tijeras se va cortando la mucosa, como á dos milímetros de la corona del glande, terminando en el frenillo; después se toma el otro labio de la herida dorsal hecha con las tijeras y se procede de la misma manera que del lado opuesto; cuando el operado conserva el frenillo, un último corte con las tijeras sobre él acaba de desprender el prepucio; queda sólo para terminar la operación, ligar uno ó dos pequeños vasos (la dorsal del pene y la arteria del frenillo); en seguida se une la piel á la mucosa de la corona del glande por dos ó más puntos de sutura; uno se coloca en el lugar del frenillo para evitar que la especie de ángulo formado en la piel por este lado se retraiga, otro en la región dorsal, y cuando estos dos puntos de sutura solos, no son bastantes para afrontar la piel, se pueden poner más puntos, que en general sólo suelen necesitarse otros dos sobre los lados del glande; los puntos de sutura deben quitarse desde que se cambia el primer apósito.

Este procedimiento, agrega el Sr. Montes de Oca, no ha sido motivo de accidente alguno cuando se ha obsequiado la indicación de quitar los puntos de sutura al tercer dia, ellos son un auxiliar poderoso para la pronta curación, y les da la preferencia á las serres-fines que usa y acon-

seja Vidal, teniendo en su apoyo la indisputable autoridad de Sedillot, que los usaba y recomienda particularmente. Curación.—Losiones con mezcla á dosis iguales de alcohol á 40 grados del centígrado y cloruro de Labarraque.

Procedimiento del Dr. Puerto.—Este facultativo emplea una mezcla refrigerante para producir la anestesia local: se divide la operación en dos tiempos, el primero para la anestesia y el segundo para la operación.

Colocado el enfermo en la posición supina, se aplica un aparato de goma elástica, semi-esférico, cóncavo, perforado en el fondo; por esta perforación penetra el pene, el mismo enfermo lo sostiene; dentro de dicho aparato se coloca la mezcla, que consiste en hielo machacado y cloruro de sodio hasta cubrir el miembro. Si no hay inflamación, sólo se necesitan diez ó doce minutos; pero si la hay, se tarda hasta media hora y más: para conocer si la anestesia está producida, se toca con una sonda ó un estilete; si el enfermo no da muestras de sensibilidad, indica que la anestesia es completa; el prepucio aparece arrugado, blanco-gris, y tiene la consistencia del pergamino.

Segundo tiempo.—Una sonda acanalada se introduce sobre la parte dorsal del miembro, entre el prepucio y el glande; sobre su canaladura y con unas tijeras rectas, se corta hasta llegar á la

corona; se toma después violentamente uno de los labios de la herida, y se corta siguiendo el surco hasta llegar al frenillo, repitiendo lo mismo del lado opuesto; queda sólo el prepucio adherido por su parte inferior, y con un último corte de tijera se separa; no se ponen puntos de sutura; si después que se ha restablecido la circulación hay alguna hemorragia, se suprime por torsión ó ligadura. El apósito consiste en una capa de ouate (algodón cardado), suficiente para rodear el miembro, una cruz de Malta perforada en el centro y un vendaje para sostener el apósito.

Procedimiento del Dr. Alvarado.—El cirujano toma el pene con la mano izquierda y un bisturí con la derecha; hace una incisión alrededor del prepucio, comprendiendo sólo la piel y á corta distancia de la corona del glande; el cirujano mismo lleva la piel hacia el pubis, se cortan las bridas celulosas hasta que el borde de la sección de la piel corresponda á la corona; hecho ésto se corta el prepucio longitudinalmente de delante á atrás, se quita la mucosa al nivel de su inserción al surco, se suelta la piel que se había retraido hacia la símfisis del pubis, su superficie sangrante desciende y los dos labios se afrontan; el pene queda como si no se hubiera ejecutado ninguna operación; no hay suturas, se dice que generalmente no hay hemorragia. Curación simple.

Frecuentemente hemos tenido ocasión de practicar y estudiar con detalle, los procedimientos que por sus ventajas se usan en nuestros hospitales para ejecutar la circuncisión; pero juzgando que pudiera aún facilitarse la operación, hemos hecho uso del que en seguida pasamos á describir.

Previamente cloroformado ó hecha la anestesia local como lo indica el Dr. Puerto, se coloca al enfermo en uno de los ángulos de la mesa de operaciones, aproximando el lado izquierdo de él á uno de los bordes de ésta para mayor comodidad al operar; practicando en seguida un aseo perfecto de la región con una solución de ácido fénico al 5 por 100, se coloca el cirujano entre las piernas del enfermo, investigando desde luego por medio de una sonda acanalada, si hay adherencias entre el prepucio y el glande; se determina por este mismo medio ó por la palpación, dónde se encuentra el reborde que hace la corona del glande, detrás del cual está el surco balano-prepucial, y se traza con nitrato de plata, como lo aconseja Ricord, una línea que le corresponda, quedando en la forma de una raqueta. La parte más estrecha corresponde al frenillo, la más ensanchada al dorso del pene, y es sobre ella donde se ha de hacer el corte del prepucio. Con unas tijeras rectas se practica un corte ántero-posterior en la parte dorsal del prepucio, hasta llegar al surco balano-prepucial,

suprimiendo por torsión ó ligadura la sangre que dé la dorsal del pene si se ha seccionado. Descubierto así el glande, el cirujano se coloca del lado izquierdo del operado, y hace uso de unas pinzas cuya forma y dimensiones son las de la figura adjunta. Constan de dos piernas y dos ramas; las primeras comprenden dos tercios de la pinza y el resto las segundas; en la unión de unas y otras están articuladas fijamente. Las piernas tienen la forma de las de una tijera, y están unidas por un resorte dentado que sirve para mantener más ó menos abiertas las ramas, las cuales se abren paralelamente; este resorte permite fácilmente cerrar las pinzas pero no abrirlas, si no es separándolo con la mano. Las dos ramas del instrumento terminan encorvándose en la forma de un semicírculo, y quedan unidas una á otra por sus caras laterales. La rama interna está perforada de agujeros, que son perpendiculares al plano vertical que forma la cara lateral de esta rama, y que dan entrada á la aguja de sutura. La rama externa en su cara lateral tiene ventanas rectangulares para dar salida á las mismas agujas.

La colocación de estas pinzas es precisa y sencilla; la rama interna se aplica exactamente en la mitad derecha del fondo de la mucosa, detrás de la corona del glande; entre ella y la rama externa queda comprendida la mitad derecha del prepu-

cio; se cierran entonces las pinzas y quedan fijas, se hacen las tracciones necesarias en el prepucio para que la línea trazada con el nitrato de plata corresponda al borde superior de la rama externa de las pinzas. Se imprime á éstas un ligero movimiento de rotación hacia afuera, para poner dos ó tres puntos de sutura á través de las ventanas que existen en las ramas de las pinzas; se pasa la aguja de dentro hacia fuera con objeto de no herir el glande, y se procura que los hilos tengan suficiente longitud para que al levantar las pinzas no se salgan. Se corta la parte de prepucio que queda sobre las pinzas con unas tijeras curvas, aplicando la convexidad de la tijera sobre ellas para que quede bien hecha la sección, se hace el corte de la parte dorsal al frenillo. Debido á la compresión que se ejerce con las pinzas al tomar el prepucio, se evita la hemorragia capilar, y en el caso de que alguna arteria diese sangre, se hará uso de la torsión ó de la ligadura. Desprendidas las pinzas se anudan los hilos sin apretarlos, y terminando así la operación en una mitad, se repite en la otra, quedando tan bien afrontada la herida que parece que no se ha hecho operación. En el caso de que el frenillo se inserte cerca del meato urinario, se le desprende al terminar el último corte de la operación.

Curación.—Se lava el pene con una solución de

partes iguales de agua y alcohol; se coloca sobre la herida una pequeña venda impregnada en vaselina con el objeto de que no se le adhiera, y que dé vuelta y media sobre el pene; encima de esta venda se pone otra de igual longitud humedecida en la solución alcohólica, después una cruz de Malta, y el todo se detiene por medio de una venda de media vara de longitud. La curación se levanta á las 48 horas y se quitan los puntos de sutura. Diariamente se practica la curación como acabamos de indicar, hasta la cicatrización completa, la cual se obtiene generalmente á más tardar, á los ocho dias.

VI

Cuando se va á ejecutar una operación se debe elegir un procedimiento que llene su objeto, que se practique con facilidad y rapidez, en el cual la hemorragia sea muy ligera y que deje una herida en buenas condiciones de cicatrización. Todos estos requisitos ó condiciones se logran con el procedimiento que hemos descrito. Llena su objeto puesto que conseguimos quitar el prepucio sin dejar repliegue alguno; debido ésto á que la forma curva de las pinzas limita matemáticamente el lugar de la sección, consiguiéndose además con ellas

que la cantidad necesaria de piel y de mucosa circunscriban al glande.

En cuanto á la facilidad y á la rapidez de la operación, se comprenden luego, en vista de que indicando las pinzas el lugar preciso de la sección, ésta puede ejecutarse con toda la rapidez que pudiera desearse. La colocación de los puntos de sutura queda igualmente simplificada de tal manera, que no es posible desear más, puesto que basta pasar la aguja por los agujeros de la pinza, para que queden éstos colocados.

La hemorragia capilar queda suprimida debido á la compresión que ejerce la pinza; ayuda á su vez para este resultado la insignificante separación de los labios de la herida, los cuales no se separan puesto que antes de producirla ya se han pasado los hilos de sutura. La supresión de la hemorragia capilar nos permite operar en blanco y ver á primera vista los vasos de mayor importancia que se hubiesen seccionado, y practicar desde luego su torsión ó ligadura. Si consideramos además que dividida la operación en dos partes, como lo indicamos en la descripción del procedimiento, no tenemos que atender sino á una herida muy pequeña, y si á ésto agregamos áun la rapidez con que se efectúa cada una de las partes de la operación, se comprenderá que el total de ella no dé sino una insignificante cantidad de sangre.

La cicatrización de la herida se obtiene en el mayor número de casos por primera intención, en virtud de que ésta es verdaderamente lineal, debido á la regularidad del corte y á que los labios de ella no se han separado sino ligeramente al practicar la hemostasis.

Por otra parte, el afrontamiento perfecto de los bordes de la herida, en razón de no faltar ni sobrar por ninguna parte piel ni mucosa, y no existiendo tampoco tracciones de ninguna naturaleza, se comprende que la cicatrización se verificará en la mayor parte de los casos por primera intención.

Hay que advertir que la compresión que ejerce la pinza no es en ningún caso suficiente para producir la mortificación de los tejidos.

La prontitud con que puede efectuarse la operación, nos permite en determinados casos poder hacer uso de la anestesia local.

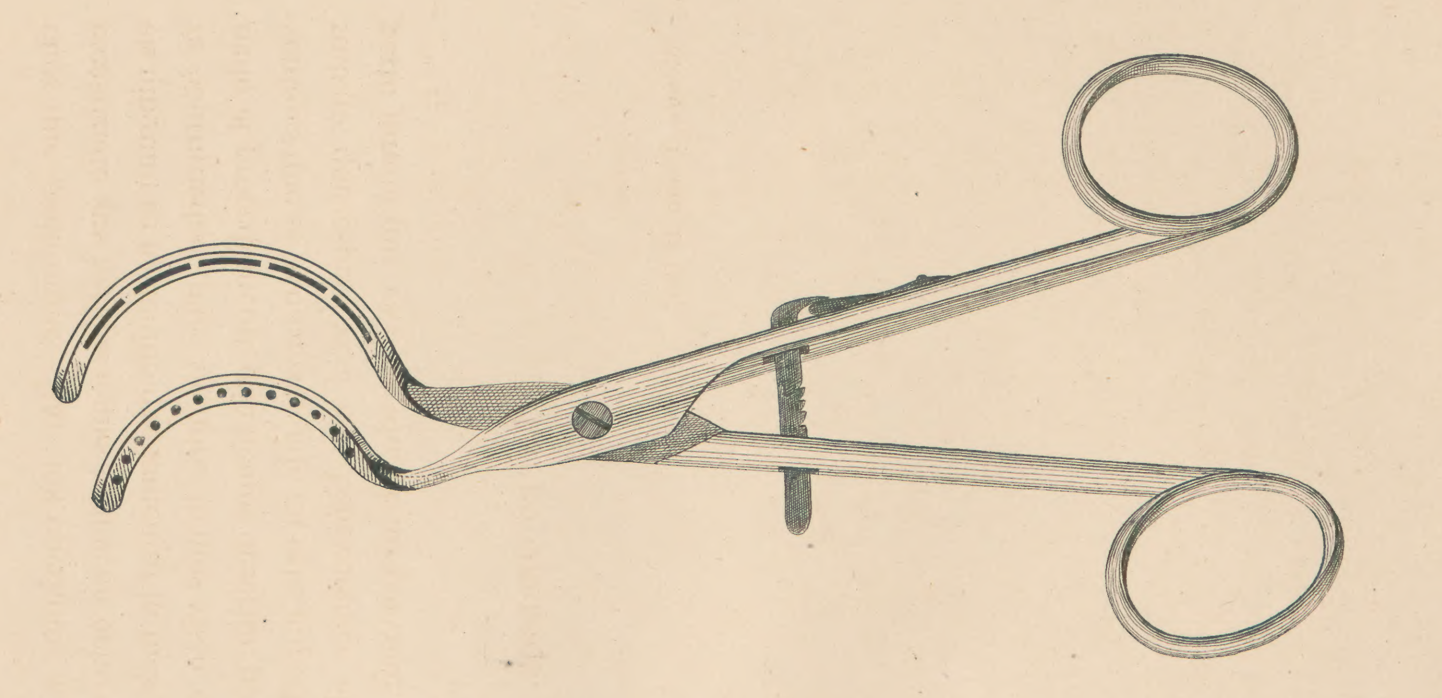
*
* *

Nuestro ilustrado maestro el Sr. Dr. Manuel Domínguez, médico de la 2ª Sección de sífilis del hospital de San Andrés, ha tenido la bondad de proporcionarnos seis enfermos de su servicio, que por razón de su estado patológico, necesitaban la circuncisión. Estos seis casos, así como otros mu-

chos que pudiéramos citar, los operamos y han cicatrizado sus heridas á más tardar en ocho dias; en ninguno se ha tenido que lamentar la más ligera contrariedad, pues siempre hemos visto coronado el procedimiento que hemos descrito, por las ventajas que se han consignado en este imperfecto trabajo, que espero verá con benevolencia el experto jurado que va á decidir de mi porvenir.

LAURO OBREGON.

México, Enero de 1887.



Pinzas para practicar la circuncision